



CITTÀ DI BARLETTA
Medaglia d'oro al Valor Militare e Merito Civile
Città della Disfida



RICHIESTA DI SERVIZIO PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA E SOCIALE EXTRASCOLASTICA DEI DIVERSAMENTE ABILI ANNO SCOLASTICO 2012/2013



AL SIG. SINDACO

**SETTORE SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI BARLETTA**

Il/La sottoscritto/a: _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ Via/piazza _____

tel. _____ cell. _____

CHIEDE

Che il proprio figlio/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ Via/piazza _____

possa usufruire del *Servizio di Integrazione scolastica e sociale extrascolastica dei diversamente abili - A.S. 2012/2013 -*

Scuola che frequenterà il minore

**BARRARE A FIANCO
IL RIQUADRO DI
RIFERIMENTO**

SCUOLA DELL'INFANZIA	SCUOLA PRIMARIA	SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO
☐	☐	☐

Denominazione Scuola: _____



Plesso: _____

Classe o anno d'iscrizione: _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare è così composto (riportare i dati di tutti i componenti, compreso il dichiarante, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.):

Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita	Rapporto di parentela	Professione
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

- ☐ Di aver già usufruito del ***Servizio di Integrazione scolastica e sociale extrascolastica dei diversamente abili*** nell'anno scolastico 2011/2012;
- ☐ Di non aver già usufruito del ***Servizio di Integrazione scolastica e sociale extrascolastica dei diversamente abili*** nell'anno scolastico 2011/2012;
- ☐ Di voler usufruire, in caso di assenza dell'alunno per un periodo superiore ad una settimana ed in presenza di un familiare di riferimento, delle ore di prestazione del Servizio anche presso il proprio domicilio;
- ☐ Di non voler usufruire, in caso di assenza dell'alunno per un periodo superiore ad una settimana, delle ore di prestazione del Servizio anche presso il proprio domicilio

Alla presente allega:

- Copia conforme all'originale della Diagnosi Funzionale, redatta dai Servizi Sanitari dell'ASL/BT ai sensi del Regolamento Regionale n. 6/2007;
- Copia di un documento d'identità del dichiarante, in corso di validità.

INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. Giugno 2003, n. 196, la informiamo che il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti è finalizzato a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti d'accesso al servizio richiesto. Il conferimento dei dati è necessario ed indispensabile per l'istruttoria della pratica. I dati personali possono essere comunicati alla Guardia di Finanza e all'Autorità Giudiziaria.

Barletta, _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
